

# 社会福祉法人等利用者負担軽減対象者の要件確認表

年 月 日

被保険者氏名（本人）\_\_\_\_\_

以下の該当する項目に記載もしくは☑を入れてください。

## 1 本人の状況について

(1) 住民税【要件：住民税世帯非課税であること】

世帯非課税 世帯課税

(2) 扶養【要件：負担能力のある親族等に扶養されていないこと（同居・別居を問わない）】

◎住民税の扶養控除対象者に

なっている（本人が住民税課税者に扶養されている） なっていない

◎医療保険の被扶養者に

なっている なっていない

<医療保険の加入状況>

後期高齢者医療制度 国民健康保険（世帯主・世帯員）

社会保険（親族の被扶養者等） その他（ \_\_\_\_\_ ）

<扶養者氏名（本人が医療保険の被扶養者となっている場合のみ記入）>

扶養者氏名：\_\_\_\_\_

社会保険等加入の場合は、健康保険証の写しを添付してください

(3) 介護保険料の滞納【要件：介護保険料を滞納していないこと】

なし あり

## 2 世帯の状況について

(1) 令和3年中の収入（年額）【要件：年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること】

※仕送りや非課税収入も含みます。  
 ※1年間の収入が確認できる書類（令和3年中に振り込まれた収入がすべて記載された通帳の写し、源泉徴収票、確定申告書等）を添付してください。

種類		被保険者氏名(本人)	世帯員氏名	世帯員氏名
( )年金収入	有・無	円	円	円
年金生活者支援給付金	有・無	円	円	円
給与所得	有・無	円	円	円
不動産所得	有・無	円	円	円
利子・配当所得	有・無	円	円	円
仕送り（現金を含む）	有・無	円	円	円
その他( )	有・無	円	円	円
合計		円	円	円

世帯員数	人	世帯合計	円
------	---	------	---

(2) 預貯金等【要件：預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えることに100万円を加算した額以下であること】

※預貯金通帳の写し等（直近2か月以内の残高状況が記帳してあるもの）を添付してください。  
 ※有価証券の欄は、申請日時点の評価概算額を記入して、証券会社や口座残高の写しなど評価額を確認できる書類を添付してください。

種類			被保険者氏名(本人)	世帯員氏名	世帯員氏名
預貯金	有・無	金融機関及び支店名			
		金額	円	円	円
	金融機関及び支店名				
		金額	円	円	円
有価証券	有・無	種類			
		金額	円	円	円
合計			円	円	円

世帯員数	人	世帯合計	円
------	---	------	---

(3) 資産【要件：世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に活用できる資産を所有していないこと】

※普段利用していない土地、建物、または、貴金属等を記入してください。  
 ※所有している場合は、その評価額等が確認できる書類（土地、建物の場合は固定資産税課税証明書等）を添付してください。

種類			被保険者氏名(本人)	世帯員氏名	世帯員氏名
土地	有・無	面積			
		評価額	円	円	円
建物	有・無	面積			
		評価額	円	円	円
その他（貴金属・ゴルフ会員特権等）	有・無	評価額	円	円	円
合計			円	円	円

世帯合計	円
------	---

[ 注意事項：不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。 ]